Brotes Científicos
REVISTA DE INVESTIGACIONES ESCOLARES

Vol. 8, n.°1 | Págs. 69-83 (2026)
ISSN 0719-8558

Psicología clínica
Salud, psicología y educación

¿Cómo incide la entrevista clínica en la relación médico-paciente?

How does the clinical interview affect the doctor-patient relationship?

Artículo de investigación
Research Article

Editor de área
Dr. Manuel Ignacio Azócar

Artículo recibido: 21 de octubre de 2025
Artículo aceptado: 13 de marzo de 2026
Artículo publicado: 30 de octubre de 2026

Cómo citar
Bittencourt, F. (2026). ¿Cómo incide la entrevista clínica en la relación médico-paciente? *Brotes Científicos, Revista de Investigaciones Escolares, 8,* 69-83.
DOI: https://doi.org/10.35588/bc.v8.72

Estudiante
Fiorella Bittencourt S.
Colegio
Pucará Ovalle
Profesor guía
Alejandro Carrasco L.
alejandro.carrasco.l@pucaraaprendemas.cl

CC BY

Resumen

La práctica de la medicina combina la ciencia y la tecnología con la aplicación de conocimientos y valores. Esta combinación gira alrededor de la interacción médico-paciente, elemento necesario para que la acción del médico pueda intervenir en las necesidades del paciente. Se realizó una valoración que incluyó el análisis de la relación médico-paciente, la práctica médica, la iatrogenia y la ética médica, para establecer la relación existente entre estas categorías. La entrevista clínica es la herramienta principal para obtener una anamnesis fidedigna, y para establecer una relación médico-paciente sólida, perdurable y productiva; esta última constituye un escenario fundamental y determinante para la adecuada expresión o no del resto de los elementos que definen la práctica asistencial. En el marco metodológico se entrevistó a diferentes médicos y luego se analizaron los resultados.

Palabras clave: psicología clínica, medicina preventiva, entrevista.

Brotes Científicos
REVISTA DE INVESTIGACIONES ESCOLARES

Abstract

The practice of medicine combines science and technology with the application of knowledge and values. This combination revolves around the doctor-patient interaction, a necessary element so that the doctor's action can intervene in the patient's needs. An assessment was carried out that included the analysis of the doctor-patient relationship, medical practice, iatrogenesis and medical ethics, to establish the relationship between these categories. The medical interview is the main tool to obtain a reliable anamnesis, and to establish a solid, lasting and productive doctor-patient relationship; the latter constitutes a fundamental and determining scenario for the adequate expression or not of the rest of the elements that define healthcare practice. In the methodological framework, different doctors were interviewed and the results were then analyzed.

Keywords: clinical psychology, preventive medicine, interviews.

Brotes Científicos Revista de Investigaciones Escolares
Vol. 8, n.°1: 69-83 • ISSN: 0719-8558
Dirección de Investigación Científica y Tecnológica • Universidad de Santiago de Chile

Introducción

La relación médico-paciente es uno de los pilares fundamentales en la práctica de la medicina y, a lo largo de la historia, ha sido objeto de estudio desde múltiples perspectivas. En la actualidad, la interacción entre el profesional de la salud y el paciente va más allá del simple acto de diagnosticar y prescribir tratamientos; está impregnada de consideraciones éticas, psicológicas, culturales y sociales que influyen directamente en los resultados de salud (Arrastía y Olivé, 2014). De ahí la importancia de esta relación y de la entrevista clínica, el principal vehículo de comunicación entre médico y paciente, que se convierte en una herramienta clave para establecer un vínculo efectivo que permita una atención integral y personalizada.

Desde sus inicios, la medicina ha reconocido la necesidad de establecer una relación humana en el proceso de cuidado. La escuela hipocrática fue pionera en resaltar la importancia de considerar al ser humano como un todo inseparable entre cuerpo y mente. Este enfoque integral sigue vigente en la medicina moderna, donde la interacción entre médico y paciente se entiende como un proceso dinámico y multifacético, que involucra no solo el intercambio de información médica, sino también la creación de un ambiente de confianza mutua y respeto (Brener y Lichtenstein, 2022).

El Juramento de Hipócrates quizás sea el texto de ética médica más importante en el mundo occidental. Desde la Edad Media se viene discutiendo este documento entre estudiantes y filósofos, incluso con el objetivo de la medicina hipocrática a favor del método científico, además de plantear aspectos éticos esenciales, es utilizado con sus variaciones por diversas instituciones educativas. Brener y Lichtenstein (2022) analizan los textos en el original, presentan algunas de las interpretaciones que ha recibido a lo largo de la historia, sus lecturas y versiones en diferentes idiomas, y exponen una traducción moderna y comentada del original en griego. Por último, se discute la actual utilización de este documento en las facultades de medicina (Brener et al, 2022).

El contexto de la relación médico-paciente está profundamente influenciado por las normas éticas que guían la práctica médica. La bioética, una disciplina que se consolidó en el siglo XX, establece los principios rectores que deben gobernar esta interacción: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Estos principios se reflejan en los derechos del paciente, ampliamente reconocidos y formalizados en documentos como la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial. Estos derechos abarcan desde la atención médica de calidad y el respeto por la autodeterminación del paciente, hasta la protección de la confidencialidad y el derecho a una muerte digna. La adopción de estos principios asegura que la relación entre médico y paciente no sea meramente transaccional, sino que esté basada en un profundo sentido de responsabilidad ética y moral (Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, 2015; Rojas y Lara, 2014).

Desde este punto de vista, la entrevista clínica se convierte en un espacio privilegiado para que el médico pueda obtener la información necesaria para un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado. Sin embargo, la importancia de la entrevista no radica únicamente en su capacidad para recoger datos clínicos, sino en su

CC BY

potencial para establecer una relación de confianza que facilite la cooperación del paciente y la adherencia a los tratamientos propuestos. La entrevista clínica, cuando se maneja adecuadamente, es un escenario donde se pueden abordar no solo los aspectos biológicos de la enfermedad, sino también los factores psicológicos y sociales que influyen en la experiencia del paciente con la enfermedad.

Puede observarse que la relación médico-paciente no es homogénea, sino que adopta diversas formas en función del contexto clínico y de las expectativas del paciente. En la literatura se describen cuatro modelos principales de interacción: el modelo paternalista, el modelo informativo, el modelo interpretativo y el modelo deliberativo. En el modelo paternalista, el médico toma decisiones en beneficio del paciente, asumiendo que su conocimiento y experiencia le permiten saber lo que es mejor. Este modelo, aunque efectivo en situaciones de emergencia, ha sido criticado por limitar la autonomía del paciente. En el modelo informativo, el médico se presenta como un proveedor de información, dejando al paciente la responsabilidad de tomar decisiones informadas sobre su tratamiento. El modelo interpretativo, por su parte, se centra en comprender los valores y creencias del paciente para ayudarlo a tomar decisiones que estén alineadas con sus deseos y expectativas. Finalmente, el modelo deliberativo implica un diálogo activo entre el médico y el paciente, donde ambos colaboran para identificar la mejor opción de tratamiento, basándose en una comprensión compartida de los valores y necesidades del paciente (Sánchez et al., 2008).

La evolución de estos modelos refleja un cambio en la forma en que se entiende la relación médico-paciente en el siglo XXI. El enfoque tradicionalmente paternalista ha dado paso a una mayor consideración de la autonomía del paciente y de su derecho a participar activamente en las decisiones que afectan su salud. Este cambio ha sido impulsado en parte por el avance de los derechos del paciente, pero también por un reconocimiento creciente de que el empoderamiento del paciente y su participación activa en el proceso de atención médica mejoran significativamente los resultados en salud.

Además de los aspectos éticos y relacionales, el artículo aborda cómo los factores sociales y culturales influyen en la relación médico-paciente. La globalización, la diversidad cultural y los cambios demográficos han hecho que los médicos deban ser más conscientes de las diferencias en las expectativas y necesidades de los pacientes, lo que añade una capa adicional de complejidad a la interacción. En este sentido, se subraya la importancia de la competencia cultural en la medicina, entendida como la capacidad del médico para adaptarse y responder de manera efectiva a las diferencias culturales que pueden surgir en la consulta.

A lo largo de la historia, muchas enfermedades han tardado años en encontrar tratamiento. De ahí que la actividad médica haya surgido unida al desarrollo de las relaciones humanas. Lo que identifica al ser humano y lo distingue de otros seres vivos es su capacidad de relacionarse. El surgimiento de la actividad médica se une indisolublemente al desarrollo de las relaciones humanas. La identificación del valor de la relación médico paciente y de su momento psicológico está unida gnoseológicamente[1] con el reconocimiento del valor de la visión integral del hombre. Es por esto que la escuela hipocrática, con su insistencia en que el hombre no es solo lo físico, sino un conjunto inseparable con lo psíquico, y su énfasis en la importancia del medio ambiente y la relación médico-paciente, constituye un hito decisivo en el desarrollo de la medicina (Martínez et al., 2010).

La técnica de la entrevista clínica ha evolucionado y adquirido gran utilidad. Estas se clasifican en tres tipos: la entrevista estructurada, que especifica la redacción y el orden de cada pregunta; la entrevista no estructurada, que sigue una forma más abierta y fluida, dirigida mínimamente por el médico; y la entrevista terapéutica, en la que el proceso de entrevista se considera un modo de intervención por derecho propio (Díaz-Bravo et al., 2013).

1. La gnoseología es la disciplina filosófica que estudia la naturaleza, origen y formas de adquisición del conocimiento.

Brotes Científicos Revista de Investigaciones Escolares
Vol. 8, n.°1: 69-83 • ISSN: 0719-8558
Dirección de Investigación Científica y Tecnológica • Universidad de Santiago de Chile

La relación médico paciente con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas, se puede definir como una relación interpersonal con una persona que posee el saber y la técnica para hacer frente a la enfermedad y restaurar la salud comprometida o en riesgo (Rodríguez Silva, 2006 y Mendoza A, 2017). El origen de la relación médico paciente es uno de los factores más importantes para hacer un buen diagnóstico, debido a que es una interacción entre personas y que tiene su origen en la ocupación médica constituyendo un núcleo fundamental en la medicina. Esta relación o vínculo ha sido considerado legalmente como un contrato, que en la mayoría de las veces es no escrito, sustentado entre personas autónomas, que se encuentran en libertad de acción de iniciar y/o romper este vínculo, siempre y cuando el paciente no sea abandonado. Sin embargo, hay que entender que esta relación, más que legal se basa en la ética y en la deontología[2], y que son uno de los nexos más antiguos de la medicina y la filosofía (González, et al., 2008).

Esto indica y explica lo fundamental que es la definición de ética, que puede llegar a ser muy amplia. La definición de la Universidad Georgetown de Washington, una de las más aceptadas en el mundo, dice: "Es el estudio minucioso del acto humano en las ciencias de la vida y de la salud, a la luz de los principios y los valores morales". Mientras que la deontología es la ciencia o tratado de todos los deberes, el deber ser. En este sentido, la deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional del médico. La bioética tiene tres pilares fundamentales que son: la beneficencia y no maleficencia, la justicia y la autonomía, todo esto deriva en la libertad, pero libertad con responsabilidad, es decir, con conciencia moral. Desde luego, la bioética es una materia fronteriza en donde las cuestiones relativas a la vida y a la ética se unen dentro de un ámbito de interacción fundamental (Sánchez, Rivera, Hernández, Villegas, Casares, 2008, p. 21).

Debido a esto en el año 1981 entre septiembre/octubre se crea la Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente, adoptada por la 34.ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal, septiembre/octubre 1981, enmendada por la 47.ª Asamblea General Bali, Indonesia, septiembre 1995 y revisada su redacción en la 171.ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile, octubre 2005 y reafirmada por la 200.ª Sesión del Consejo de la AMM[3], Oslo, Noruega, abril 2015. En estas asambleas se crean los 11 derechos del paciente los cuales según la versión portuguesa son:

1. Derecho a la atención médica de buena calidad.
2. Derecho a la libertad de elección.
3. Derecho a la autodeterminación.
4. Paciente inconsciente.
5. El paciente legalmente incapacitado.
6. Procedimientos contra la voluntad del paciente.
7. Derecho a la información.
8. Derecho al secreto.
9. Derecho a la educación sobre la salud.
10. Derecho a la dignidad.
11. Derecho a la asistencia religiosa.

(Declaración de Lisboa de la Asamblea Médica Mundial, 2015).

La importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente de forma fluida y constante es fundamental, pero para el médico familiar (MF) quizás sea algo más complejo. La comunicación incluso se ha considerado como un instrumento indispensable para el trabajo del médico de familia. Dos de las principales funciones clínicas de todo médico son diagnosticar y proporcionar un tratamiento; para cumplirlas de forma satisfactoria, el MF no solo debe incursionar en el aspecto biológico, sino también en la parte psicológica y social del paciente (Hernández-Torres et al., 2006).

2. La deontología es la ética, ética de la ciencia, comunicación, médica, pero por sobre todas las cosas da estatus profesional.

3. AMM es la Asociación Médica Mundial

Es por esta razón que la comunicación debe ser de forma fluida entre el paciente y el médico, ya que para que el médico obtenga la información que necesita para que realice el cumplimiento de sus respectivas funciones, está obligado a emplearse para que el usuario se sienta escuchado, para que comprenda enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud-enfermedad (Hernández-Torres et al., 2006).

El contexto de la salud implica la concepción de una acción conjunta muy precisa en un contexto altamente organizado y ordenado, con reglas previamente definidas. La interacción en este contexto institucional habilita el surgimiento de una cierta membresía temporal, con un cierto orden social y un cierto orden del discurso, que implica determinadas posiciones de sujeto tanto para médico como para paciente. Esto conlleva la existencia de derechos y deberes discursivos, o sea, lo que cada uno puede o no puede decir (Madfes, 2005).

Predicar un diagnóstico como atributo de una persona es producto de un trabajo interactivo a los efectos de lograr un sentido mutuo, de comprensión y de estar de acuerdo sobre dicho predicado (Maynard, 2004). La atención primaria debe estar orientada hacia los principales problemas de salud de la comunidad y prestar los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas (OMS, 1978; Goic, 1995).

La ética en la relación médico paciente (RMP) es algo que ha ido cambiando con el tiempo. La RMP está modulada por factores sociales y culturales y se da en un plano intelectual y técnico, pero, también, afectivo y ético. Factores sociales y culturales influyen en la consulta a un médico determinado en el escenario de la RMP y en las decisiones terapéuticas. Afectan negativamente a la RMP la impersonalidad en el trato, la actitud de juez y la petulancia del médico. Este debe esforzarse para que en la RMP se generen sentimientos positivos, lo que favorece el diagnóstico y tratamiento (Goic, 1995).

En la actualidad existen cuatro modelos de RMP: paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo.

- El modelo paternalista o en ocasiones llamado "sacerdotal" es cuando el médico interactúa con el paciente y se asegura de que reciba las atenciones necesarias para su bienestar.

- El modelo informativo a veces conocido como modelo científico, técnico o del consumidor, la función del médico es más bien informar al paciente de su estado actual, las posibles alternativas de tratamiento para su bienestar, y la escogida la llevará a cabo.

- El modelo interpretativo en este tipo de relación el médico se asegura de los valores del paciente, creencias y qué es lo que desea en ese momento, para así elegir el mejor tratamiento con base en las creencias del paciente.

- El modelo deliberativo el médico ayuda a elegir entre todos los valores relacionados con su salud y que pueden llevarse a cabo en el acto clínico, dándole la mejor alternativa (Emanuel y Emanuel, 1999, como se citó en Goic, 1995, p. 13).

El presente artículo abordó la importancia de la relación médico-paciente, destacando la entrevista clínica como una herramienta clave para lograr una comunicación efectiva y una evocación precisa. Se destaca que esta interacción es fundamental para el éxito en la práctica médica, ya que permite diagnosticar y tratar adecuadamente al paciente, al tiempo que fortalece el vínculo necesario entre ambos.

Asimismo, se analiza el rol de la ética médica, que ha evolucionado con el tiempo, y su relación con la bioética, basada en principios como la beneficencia, la justicia y la autonomía. El artículo también explora diversos modelos de interacción entre médico y paciente, como el paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo, que varían según los valores y necesidades del paciente (Blázquez-Manzano et al., 2012).

Finalmente, se recalca que factores sociales y culturales influyen en la relación médico-paciente, destacando la importancia de una comunicación fluida y comprensiva para mejorar los resultados médicos. El

Brotes Científicos Revista de Investigaciones Escolares
Vol. 8, n.°1: 69-83 • ISSN: 0719-8558
Dirección de Investigación Científica y Tecnológica • Universidad de Santiago de Chile

texto concluye que una interacción ética y adaptada a las particularidades de cada paciente es esencial para una atención médica de calidad.

Considerando los antecedentes expuestos en el apartado precedente, la presente investigación se centra en abordar la siguiente cuestión: ¿de qué manera influye la entrevista clínica en la relación médico-paciente? Con el fin de dar respuesta a esta interrogante, se establecen los objetivos que guían el desarrollo del estudio: Con la motivación de demostrar y comprobar la existencia de una RPM en Chile, identificando que no es tan importante donde están los médicos de medicina general, ya que lo que verdaderamente importa es la formación de la especialidad, sin embargo, sí influyen los años de ejercicio, como por ejemplo un médico formado en los últimos años tiene mayor influencia de la ética médica enseñada en la universidad, a diferencia de un médico que egresó en 2003 de la universidad, ya que tiene su propia ética, tiene mayor experiencia en lograr encontrar lo que buscan y así crea su esquema mental con la información más relevante del paciente a la de menor relevancia (Arrastía y Olivé, 2014).

El presente estudio se circunscribe a la Región de Coquimbo, específicamente a la ciudad de Ovalle, y se realizó con una muestra de tres médicos. Los datos personales de los participantes fueron tratados de manera anónima. Cada entrevista se efectuó de forma presencial y se registró mediante grabación de audio, procedimiento que fue informado con la debida antelación y aceptado por todos los participantes.

A partir de lo señalado anteriormente, en la presente investigación se plantea la siguiente hipótesis: la experiencia laboral influye en la capacidad del médico para construir una relación médico-paciente sólida; es decir, a mayor experiencia en el campo, mayor capacidad para realizar una entrevista clínica eficaz y empática. Se espera que los médicos con más años de ejercicio desarrollen habilidades interpersonales y técnicas que faciliten el entendimiento y la empatía hacia el paciente, independientemente del prestigio de su formación académica.

A partir de la hipótesis, el estudio busca responder la pregunta: ¿Cómo incide la entrevista clínica en la relación médico-paciente? La relación médico-paciente se entiende como un proceso dinámico en el que intervienen factores como la experiencia, la ética profesional y la formación académica del médico. La indagación en esta área busca analizar en qué medida la práctica de la entrevista clínica contribuye a construir o transformar dicha relación, con énfasis en los aspectos humanos y técnicos de la atención médica. Así, la investigación se formula desde un enfoque exploratorio mixto, con el objetivo de observar tendencias y patrones específicos en la ejecución de entrevistas clínicas dentro del contexto chileno, particularmente en la región de Coquimbo. Para responder esta pregunta se plantean los siguientes objetivos:

1. Evaluar la relación entre el prestigio académico y la calidad de la entrevista clínica en médicos de diversas universidades, con el fin de determinar cómo el prestigio de la formación influye en la sensibilidad y destreza en la interacción con los pacientes, en una relación médico-paciente. Sobre la base de este objetivo se plantea la siguiente hipótesis: la calidad de la entrevista clínica en la relación médico-paciente mejora significativamente en función del prestigio y la calidad de la universidad donde el médico recibió su formación inicial. Se espera que los médicos egresados de universidades con altos estándares de educación y prestigio demuestren una mayor sensibilidad y destreza en la interacción con los pacientes, lo que se traduciría en una relación más positiva y efectiva.

2. Analizar el impacto de la experiencia laboral en la capacidad del médico para establecer relaciones médico-paciente sólidas, midiendo cómo la trayectoria profesional influye en la eficacia y la empatía en las entrevistas clínicas.

Las características del presente estudio lo clasifican como una investigación correlacional con el propósito de buscar relaciones entre variables, sin establecer causalidad. “Se trata de la asociación o correlación de variables” (Hernández-Sampieri et al., 2014, p. 113).

A su vez la investigación también es de tipo cualitativa con el propósito de analizar percepciones y comportamientos en profundidad. La investigación cualitativa "busca comprender fenómenos desde la perspectiva de los participantes" (Hernández-Sampieri et al., 2014, p. 128).

Para recoger los datos se utilizaron entrevistas semiestructuradas. Este instrumento fue diseñado para capturar en profundidad las percepciones, actitudes y prácticas de los médicos respecto a la entrevista clínica.

La guía de entrevista incluyó 12 preguntas abiertas que abarcaron temas como como la influencia de la formación académica, las estrategias de comunicación y la percepción de la relación médico-paciente; además, se incluyó una pregunta cerrada. Las entrevistas semiestructuradas son particularmente útiles en este tipo de investigación porque permiten obtener información detallada mientras se mantiene la flexibilidad para explorar temas emergentes, un ejemplo de ello son las especialidades médicas, ya que según la especialidad del profesional, ve desde distintos ángulos al paciente y cambia la RMP. Además, este instrumento facilita la comparación de respuestas entre distintos participantes, al tiempo que permite adaptarse a las particularidades de cada médico y su contexto profesional. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y codificadas para asegurar un análisis preciso de los datos de forma completamente anónima.

Teniendo una muestra de la población de la Región de Coquimbo, encuestando médicos de nacionalidad chilena y con estudios en el presente, la técnica utilizada fue entrevistas semiestructuradas. La población del estudio está constituida por médicos en ejercicio en el contexto de la medicina general en Chile. La muestra seleccionada se limita a los profesionales de la región de Coquimbo, con una diversidad de niveles de experiencia y distintos antecedentes académicos, lo que permite analizar cómo varían sus prácticas en función de estos factores. Esta región fue elegida como escenario del estudio porque cuenta con un equipo profesional diverso y una amplia variedad de casos clínicos, lo que ofrece un entorno ideal para observar cómo se establece y mantiene la relación médico-paciente en un contexto real de atención sanitaria. La muestra es acotada: tres médicos, unos con amplia trayectoria y otros en sus primeros años de ejercicio. Esta selección permite una comparación a gran escala de profesionales en diferentes etapas y procesos de contextos formativos.

Esta muestra de la población es "un subconjunto de la población que se selecciona para participar en el estudio, con el objetivo de generalizar los resultados a la población total" (Hernández S. et al., 2014, p. 193). El tipo de muestreo es no Probabilístico: "La selección de las unidades de análisis no depende del azar" (Hernández S. et al., 2014, p. 194). Esto incluye métodos como el muestreo por conveniencia o juicio. El seleccionado para la presente investigación es de muestreo por juicio o criterio: Se seleccionan los individuos basándose en el criterio o juicio del investigador.

Las principales preguntas formuladas a los profesionales fueron cuidadosamente elaboradas y seleccionadas con el propósito de validar los aspectos explorados en el presente artículo. Dichas interrogantes se aplicaron a una muestra acotada compuesta por tres médicos, considerando su experiencia y conocimiento en el ámbito de estudio. La selección de estas preguntas buscó obtener información precisa y fundamentada, permitiendo contrastar la evidencia teórica con la práctica profesional. Asimismo, se procuró garantizar la pertinencia y coherencia de los cuestionamientos, al igual que su anonimato y confiabilidad. Estas preguntas son:

1. Universidad y año de egreso.

2. ¿Cuáles son los pilares de sus principios médicos (ética médica) y por qué los eligió?

3. Hay que tener una cierta estructura donde hay que evaluar la información del paciente, porque muchas ocasiones el paciente da información poco relevante o mucha información, ¿cómo clasifica usted qué información es muy relevante o poco relevante? ¿Cuáles son los criterios que considera al momento de sostener una entrevista clínica?

4. ¿Usted conoce los modelos que existen hoy en día de la relación médico-paciente?

5. Describa brevemente cuál es su estructura en la entrevista clínica.

Brotes Científicos Revista de Investigaciones Escolares
Vol. 8, n.°1: 69-83 • ISSN: 0719-8558
Dirección de Investigación Científica y Tecnológica • Universidad de Santiago de Chile

Tabla 1

Cuadro comparativo de respuestas sobre formación inicial

Sujeto de estudio	1. Universidad y año de egreso.	2. ¿Cuáles son los pilares de sus principios médicos (ética médica) y por qué los eligió?	4. ¿Usted conoce los modelos que existen hoy en día de la relación médico-paciente?
M064	Universidad de Chile 1978	Derechos del Paciente fundamentales para el ejercicio de la medicina, máxima satisfacción.	No
M090	Universidad de Concepción 1994	Respeto al paciente, ética médica, no dañar al paciente.	Si
M018	Universidad de Antofagasta 2009	Pilares de la ética médica	No

Fuente: Creación propia

A partir del análisis comparativo de las respuestas relacionadas con la formación inicial, se evidencia que la universidad de egreso y el año de titulación influyen en la manera en que los médicos conceptualizan y explicitan sus principios éticos. Si bien todos los participantes reconocen la importancia de la ética médica como eje fundamental de su ejercicio profesional, existen diferencias en la profundidad conceptual y en el conocimiento formal de los modelos contemporáneos de relación médico-paciente. Esto coincide con lo planteado por Arrastía y Olivé (2014), quienes sostienen que la relación médico-paciente está directamente vinculada al proceso formativo y a la internalización de valores profesionales durante la educación médica.

Asimismo, se observa que el conocimiento explícito de los modelos de relación médico-paciente —paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo— no depende exclusivamente del año de egreso, sino también de los procesos de actualización profesional. Esta variabilidad confirma que la evolución del vínculo clínico responde a transformaciones éticas y sociales que han desplazado progresivamente el modelo paternalista hacia esquemas más participativos (Goic, 1995). En este sentido, la formación continua emerge como un elemento relevante en la consolidación de prácticas centradas en el paciente.

Por otra parte, la mención reiterada de principios como el respeto, la no maleficencia y los derechos del paciente refleja la consolidación de los pilares de la bioética moderna —beneficencia, autonomía y justicia— como fundamentos transversales en la práctica clínica (Rojas y Lara, 2014). No obstante, la ausencia de referencias explícitas a modelos teóricos en algunos participantes podría indicar una práctica sustentada más en la experiencia acumulada que en marcos conceptuales formalizados, lo que se relaciona con la evolución dinámica de la relación médico-paciente descrita en la literatura contemporánea (Martínez et al., 2010).

En consecuencia, los resultados de la tabla 1 sugieren que la formación académica y la trayectoria profesional influyen en la manera en que se estructura la comprensión ética de la relación médico-paciente, aunque ambos factores actúan de forma complementaria más que excluyente.

El estudio se desarrolló en varias etapas para garantizar un proceso de recolección de datos riguroso y ético. En la primera etapa, se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, asegurando el anonimato codificándolos con una letra y números al azar y la confidencialidad de la información. Luego, se realizaron entrevistas individuales a cada uno de los médicos de la muestra, en un espacio privado de cada hospital y/o consultas privadas de médicos para garantizar un ambiente cómodo y con la menor cantidad de interrupciones. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 10 a 15 minutos, lo que permitió cubrir los temas en profundidad sin provocar cansancio en los participantes. Posteriormente, se transcribieron las entrevistas para proceder con la codificación temática. Este proceso de codificación permitió identificar patrones y tendencias en las respuestas de los participantes. A lo largo del presente estudio, se tomaron medidas para evitar sesgos en la interpretación de los datos, manteniendo un enfoque objetivo y basado en evidencia entregada por los profesionales de la salud.

El análisis de los datos se realizó mediante una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas. En la fase cualitativa, se empleó un análisis temático, donde las transcripciones de las entrevistas fueron examinadas para identificar categorías y subtemas relacionados con la relación médico-paciente. Se dio especial atención a aspectos como el uso de la empatía, la comunicación no verbal y la influencia de la ética profesional en la entrevista clínica. En la fase cuantitativa, se realizaron análisis estadísticos básicos para identificar posibles correlaciones entre variables como la experiencia laboral y el tipo de formación académica con la calidad de la relación médico-paciente. Este análisis permitió contrastar las hipótesis planteadas y explorar en qué medida las características académicas y laborales del médico afectan su interacción con el paciente.

La evaluación de la tabla 2 permite identificar una predominancia del método clínico tradicional en la estructura de la entrevista. Los participantes describen una secuencia organizada que incluye saludo, motivo de consulta, antecedentes, examen físico, hipótesis diagnóstica y plan terapéutico, lo que confirma la vigencia del modelo estructurado del método clínico en la práctica médica actual (Goic, 1995). Esta organización evidencia una comprensión sistemática del proceso diagnóstico, orientada a garantizar coherencia y rigurosidad en la evaluación del paciente.

Asimismo, se observa que la experiencia profesional influye en la jerarquización de la información clínica. El médico con mayor trayectoria incorpora elementos observacionales y aspectos no verbales, lo que sugiere el desarrollo progresivo de habilidades clínicas que integran dimensiones técnicas y humanas. Este hallazgo es consistente con lo señalado por Hernández-Torres et al., (2006), quienes destacan que la experiencia fortalece la capacidad comunicativa y la destreza para establecer relaciones terapéuticas efectivas.

Por otro lado, en uno de los casos se evidencia la incorporación de un espacio inicial de relato libre por parte del paciente, lo que se alinea con los principios de la medicina centrada en el paciente, donde se prioriza la expresión espontánea antes de dirigir la entrevista hacia aspectos específicos (Suárez Cuba, 2012). Este enfoque favorece la construcción de un vínculo de confianza y promueve la participación activa del paciente en el proceso asistencial.

Brotes Científicos Revista de Investigaciones Escolares
Vol. 8, n.°1: 69-83 • ISSN: 0719-8558
Dirección de Investigación Científica y Tecnológica • Universidad de Santiago de Chile

Tabla 2

Cuadro comparativo de respuestas sobre entrevista clínica.

Sujeto	3. Hay que tener una cierta estructura donde hay que evaluar la información del paciente, Porque muchas ocasiones el paciente da información poco relevante o mucha información, ¿cómo clasifica usted que información es muy relevante o poco relevante, ¿cuáles son los criterios que considera al momento de sostener una entrevista clínica?	5. Describa brevemente cuál es su estructura en la entrevista clínica.
M064	Coherencia al relatar con lo que dice y hace, apreciación examen físico (higiene, vestuario, cómo llegan, cuidados del menor).	Saludo Motivo de consulta Antecedentes Examen físico Hipótesis Tratamiento y/o exámenes Explicación
M090	Fundamentalmente son los antecedentes mórbidos de enfermedad de la paciente, antecedentes quirúrgicos y posteriormente, motivo de la consulta de la paciente.	Fundamentalmente pregunto antecedentes personales, dejo que me cuente lo que quiere y necesita en forma libre y espontánea y la tercera parte pregunto por cosas específicas que me interesan o que no me contó la paciente, pero fundamentalmente esa es la estructura..
M018	Padre medicina Dr. Goic, él explica que todo lo que uno busca es lo que sabe.	Utiliza el modelo de Goic para la entrevista clínica.

Fuente: elaboración propia

Finalmente, los resultados sugieren que la entrevista clínica no cumple únicamente una función diagnóstica, sino también relacional. La preocupación por la coherencia del discurso, la empatía y la comprensión integral del paciente confirma que la calidad de la comunicación influye directamente en los resultados en salud (Riedl y Schüßler, 2017). En concordancia con lo anterior, la relación médico-paciente se configura como un vínculo interpersonal sustentado en principios éticos y deontológicos, más allá de su dimensión técnica (González et al., 2008).

En síntesis, la evidencia presentada en la Tabla 2 sugiere que la entrevista clínica constituye un espacio donde convergen estructura metodológica, experiencia profesional y dimensión ética, consolidándose como un elemento determinante en la construcción de una relación médico-paciente sólida y efectiva.

Los resultados obtenidos sugieren que la formación académica y la experiencia profesional son factores críticos en la configuración de la relación médico-paciente. Los médicos con una sólida formación en universidades de prestigio tienden a demostrar mayor habilidad en la construcción de relaciones empáticas y confiables con sus pacientes. Además, la experiencia profesional resulta ser un factor importante, dado que los médicos con más años de ejercicio desarrollan una mayor destreza en la entrevista clínica, lo cual se traduce en una relación médico-paciente más efectiva. Estos

CC BY

hallazgos respaldan la primera hipótesis, al destacar la importancia del prestigio de la institución educativa, y la segunda hipótesis, que subraya la influencia de la experiencia laboral en la calidad de la interacción clínica. Sin embargo, se observó que ciertos médicos con menos experiencia, pero con una fuerte formación académica, también lograban establecer relaciones de calidad, lo que sugiere que ambos factores (formación y experiencia) contribuyen de manera complementaria.

Este artículo científico investiga la incidencia de la entrevista clínica en la relación médico-paciente en Chile, enfocándose en la región de Coquimbo. El estudio empleó una metodología mixta, combinando análisis cualitativos y cuantitativos a través de entrevistas semiestructuradas a médicos generales. Se analizaron datos relacionados con la formación académica, la experiencia laboral y la calidad de la interacción médico-paciente.

Los resultados obtenidos respaldan la hipótesis principal, mostrando una correlación positiva entre la calidad de la formación académica en universidades de prestigio y la habilidad para establecer relaciones empáticas y eficientes con los pacientes. Asimismo, se observó que la experiencia laboral influye positivamente en la capacidad de los médicos para construir relaciones sólidas, aunque se vio que una sólida formación académica puede compensar, en cierta medida, la falta de experiencia.

Los objetivos de la investigación se cumplieron satisfactoriamente. Se logró identificar la existencia de una relación médico-paciente en el contexto chileno y se analizaron las influencias de la formación y la experiencia en su calidad. El estudio destaca la importancia de la comunicación efectiva y la empatía en la construcción de una relación terapéutica sólida, enfatizando el rol de la ética médica y los factores sociales y culturales en dicha interacción.

En conclusión, este artículo proporciona un análisis de la relación médico-paciente, destacando tanto su importancia en la práctica médica como los desafíos éticos, sociales y culturales que plantea. La relación médico-paciente no es estática, sino que está en constante evolución, influenciada por los avances en la ética médica, la dinámica social y los cambios en las expectativas tanto de los médicos como de los pacientes. Comprender y adaptarse a esta evolución es crucial para garantizar una atención médica de calidad, centrada en el paciente y respetuosa de sus derechos y necesidades, al igual que las las asambleas de la Asociación Médica Mundial son de real importancia para las relaciones médico-paciente, ya que ayudan a crear una base sólida sobre la misma.

Una atención médica de calidad requiere una interacción ética y adaptada a las particularidades de cada paciente. Se destaca la necesidad de una formación académica de alta calidad que incluya el desarrollo de habilidades de comunicación y empatía, y la importancia de la experiencia clínica para afianzar estas habilidades.

El estudio hace una importante contribución al conocimiento sobre la dinámica de la relación médico-paciente en el contexto chileno, destacando la influencia de factores internos (formación y experiencia) y externos (contexto sociocultural) en su desarrollo. Los hallazgos sugieren la necesidad de programas de formación médica que prioricen el desarrollo de competencias interpersonales y la competencia cultural, para asegurar una atención centrada en el paciente y sus necesidades individuales. Se recomiendan futuras investigaciones que amplíen la muestra y consideren otros contextos geográficos para generalizar los resultados obtenidos. Finalmente, se destaca la necesidad de promover una cultura de atención médica ética y centrada en el paciente en todos los niveles del sistema de salud.

Agradecimientos

Agradezco profundamente a todas las personas que me apoyaron en la creación de este artículo científico. En especial, al Hospital de la ciudad de Ovalle Dr. Antonio Tirado Lanas, que me permitió entrevistar a su destacado equipo médico. Quiero destacar particularmente al subdirector de Gestión Clínica, Dr. Hugo Martínez Gálvez,

quien brindó su apoyo durante todo el proceso, facilitando las instancias necesarias para realizar entrevistas y gestionando los permisos con el director del hospital, el Sr. Leopoldo Oyaneder Rozas.

Asimismo, agradezco a las enfermeras, encargada de Relación Asistencial Docente Srta. Alejandra Pérez Beltrán y la encargada de Autorización Sanitaria Constanza Venegas Carvajal, quienes estuvieron a cargo de coordinar la circulación dentro del hospital, y a la secretaria de subdirección la Srta. Javiera Robles Carmona y la señorita Elisua Rodríguez, secretaria de dirección, por su invaluable colaboración en la gestión de cartas y correos para las solicitudes de reuniones con el director y subdirector. Gracias a su trabajo conjunto, se creó un ambiente propicio para realizar las entrevistas que enriquecieron este artículo.

Agradezco también a mi director y profesor del curso diferenciado de Lectura y Escritura Especializada, el Sr. Alejandro Carrasco López, quien estuvo presente en cada momento durante la construcción de este artículo. Esta tarea, que no fue fácil, contó con su guía constante. Sin duda, puedo afirmar que es un excelente profesor y uno de los más valiosos dentro de la institución, el Colegio Pucará Ovalle.

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a mi familia, especialmente a mi madre Carolina Bittencourt Campusano, quien estuvo presente en cada instante, brindándome su apoyo incondicional durante todo este proceso.

Además, extiendo mi gratitud a todos los médicos entrevistados en la IV Región de Coquimbo, quienes en todo momento estuvieron dispuestos a colaborar y aportar valiosos conocimientos para la construcción del marco metodológico de este artículo.

Mi gratitud hacia la revista Brotes Científicos por permitirme la publicación de este artículo. De igual manera quiero agradecer especialmente al Dr. Manuel Azócar por su acompañamiento constante y dedicación durante este tiempo. Atesoraré las lecciones y el apoyo brindado en esta enriquecedora etapa, que sin duda me ayudará en mi nuevo proceso llamado universidad.

Referencias bibliográficas:

Arrastía Ávila, D. S., & Olivé Ferrer, Y. C. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar, 43(4), 528-533.*

Asociación Médica Mundial. (2015). *Declaración de Lisboa de la AMM sobre los derechos del paciente.* Reafirmada por la 200.ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega.

Blázquez-Manzano, A., Feu, S., Ruiz-Muñoz, E., & Gutiérrez-Caballero, J. M. (2012). Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria [*Importance of interpersonal communication in doctor-patient relationship in primary care]. Revista Española de Comunicación en Salud, 3*(1), 62-76.

Brener, P. Z., & Lichtenstein, A. (2022). Juramento de Hipócrates: Un análisis crítico. *Revista Bioética, 30*, 516-524.

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica, 2*(7), 162-167.

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En *Bioética para clínicos* (p. 13). Triacastela.

Goic, A. (Ed.). (1995). *Bioética: Cuadernos del Programa Regional de Bioética.*

González, R., Cisneros, A. E. R., Gamboa, L. E. H., Ríos, M. J. V., & Queralt, S. C. (2008). Relación médico-paciente. En *Terapéutica psiquiátrica integral* (2.ª ed., pp. 1-32). Ciencias Médicas.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M. A., Irigoyen-Coria, A., & Hernández-Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar, 8*(2), 137-144.

Madfes, I. (2005). Membresía y confrontación en la entrevista médico-paciente: Estrategias comunicativas en la formulación de demandas. En *II Coloquio Argentino de la IADA.* La Plata, Argentina.

Martínez, O. C., Marchante, M. C. F., Morales, I. G., Martínez, D. P. S., & González, J. A. L. (2010). La relación médico-paciente en la actualidad y el valor del método clínico. *Medisur, 8*(5), 110-120.

Maynard, D. W. (2004). On predicating a diagnosis as an attribute of a person. *Discourse Studies, 6*(1), 53-76. https://doi.org/10.1177/1461445604039439

Mendoza F., A. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 63*(4), 555-564.

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, Kazajistán.

Riedl, D., & Schüßler, G. (2017). The influence of doctor-patient communication on health outcomes: A systematic review. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 63*(2), 131-150.

Rodríguez Silva, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública, 32*(4). [En línea]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007

Rojas, A., & Lara, L. (2014). ¿Ética, bioética o ética médica? *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias, 30*(2), 91-94.

Suárez Cuba, M. Á. (2012). Medicina centrada en el paciente. *Revista Médica La Paz, 18*(1), 67-72.